Fiche de liaison pour aménagement en situation de formation

**Formulaire de demande**

Sticker rond flèche Bleu foncé - 400 x 400 mm - Adhésif pour supports  lisses et plats - Cdiscount Beaux-Arts et Loisirs créatifs **Identification du bénéficiaire**

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**@Mail : Téléphone :**

**Statut :**

Scolaire, si oui quel établissement et classe :

Suivi médico-social, si oui quel établissement :

Demandeur d’emploi, si oui  Pôle Emploi  Cap Emploi  Mission Locale

N° identifiant :

Salarié(e) en reconversion, si oui :  Transition pro  CARSAT

**Référent prescripteur :**

**Nom et prénom : Fonction :**

**@Mail : Téléphone :**

**Conséquences du handicap :**

**Qu’est ce qui, selon vous, pourrait vous freiner ou vous empêcher de suivre une formation dans les meilleures conditions :**

**Titre de bénéficiaire du statut de personne handicapée :**

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la MDPH

Attestation de bénéficiaire de l’obligation d’emploi délivrée par la MDPH ou la sécurité sociale

Titulaire d’une pension d’invalidité, d’une rente d’accident du travail ou d’une maladie professionnelle

Titulaire de l’AAH

Titulaire de la carte d’invalidité

Carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité

Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)

**Dates de validité du justificatif du statut :**

Durée limitée : début fin

Ou attribué à titre définitif

Justificatif d’attente d’un des titres de bénéficiaire ci-dessus

Sticker rond flèche Bleu foncé - 400 x 400 mm - Adhésif pour supports  lisses et plats - Cdiscount Beaux-Arts et Loisirs créatifs

**Entrée en formation**

**Aménagements lors du parcours précédent :**

Avez-vous bénéficié d’aménagements dans le cadre de vos précédentes expériences ? Oui  Non

Si oui, quel(s) type(s) d’aménagement(s) ?

Dans quelle situation :  emploi  scolaire  vie quotidienne

**Projet de formation**

Libellé de la formation :

Nom et lieu de l’organisme de formation :

Dates de formation : début fin

**Coordonnées du référent pédagogique de la formation :**

Nom et prénom : Fonction :

@Mail : Téléphone :

**Besoins d’aménagement en formation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aménagement technique** | **Aménagement au niveau de l’organisation** | **Aménagement humain** |
| Ordinateur  Logiciel spécifique  Siège ergonomique  Souris ergonomique  Repos pieds  Bureau assis debout  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tiers temps pour l’examen  Temps partiel en formation  Temps partiel en entreprise (stages)  Adaptation des documents  Formation en distanciel  Formation en distanciel + présentiel  Soutien individuel  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tutorat  Interface LSF  SESSAD / SAVS  Aide humaine pour le secrétariat  lors de l’examen  Aide humaine pour la reformulation  des consignes lors de l’examen  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Commentaires  / informations complémentaires utiles (bilans PAS, autres….) :**

Date : Signature du bénéficiaire : Signature du représentant légal :

(si bénéficiaire mineur)